

# Cancer du tiers moyen du rectum: quelle(s) exérèse(s) à visée curative?

Réunion DESC/SCVO

juin 2003

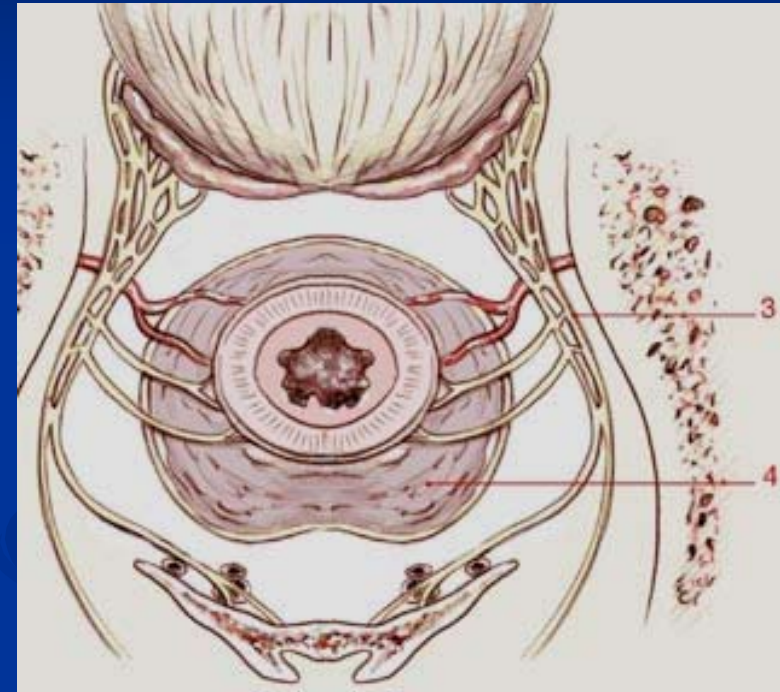
Thibault Desurmont, CHU Poitiers

# INTRODUCTION

- 10000 nouveaux cas/ an
- Récidive sans radiothérapie: 25 à 30%
- Mais importantes variations de 4 à 40%
  - ↳ Selon les équipes, et la technique utilisée
- Heald 1982: exérèse totale du mésorectum
  - diminution du taux de récurrence locale
  - majoration du taux de survie
  - préservation de l'innervation génito-urinaire

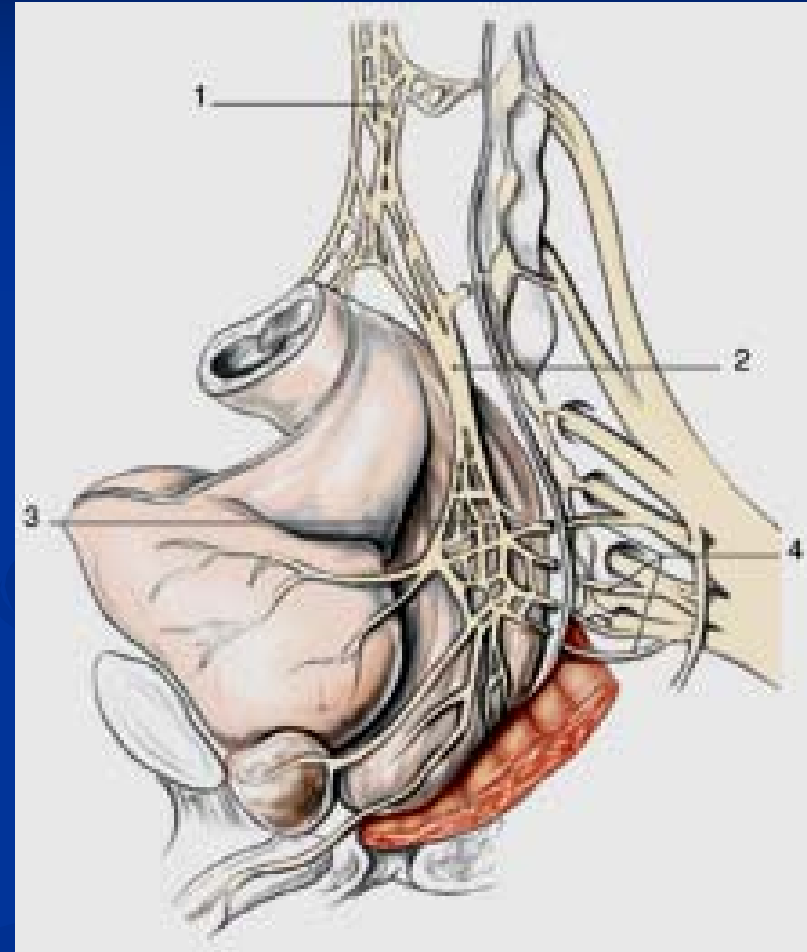
# ANATOMIE: le mésorectum

- Tissu cellulo-lymphatique
- Entouré du fascia recti
- Séparé du feuillet pariétal du fascia pelvien par un plan avasculaire
- Origine embryologique identique au rectum
- = champs de dissémination initial du cancer
- Plan d'exérèse « classique »: à travers le mésorectum



# ANATOMIE: plexus pelviens

- 1: Plexus hypogastrique sup.:
  - branches symp. de D11,D12,L1
  - éjaculation
- 2: Nerfs hypogastriques dt et g
- 3: Plexus pelvien latéral
- 4: Racines ant. sacrées:
  - de S2, S3, S4
  - para-symphathiques
  - érection



# ANATOMIE: VASCULARISATION

- Artère rectale supérieure née de l'artère mésentérique inférieure
- Artère rectale moyenne , branche inconstante de l'artère hypogastrique
- Artère rectale inférieure née de l'artère honteuse interne

Le drainage lymphatique suit ces 3 axes vasculaires principaux.

# LES PROBLEMATIQUES

- L'exérèse du mésorectum doit-elle être systématiquement totale ?
- Peut-on préserver l'innervation génito-urinaire en chirurgie carcinologique?
- Anastomose colo-anale ou colo-rectale basse?

# PRINCIPES CARCINOLOGIQUES FONDAMENTAUX

- Extension sous tumorale intra-murale jusqu'à 1 cm\*
- Majoration du risque de récurrence loco-régionale en cas d'envahissement des marges circonférentielles\*\*
- Embols tumoraux présents dans le mésorectum jusqu'à 4 cm sous la tumeur (travaux de Quirke et al.)\*\*\*

D'où : ⇒ Marge distale de sécurité de 2 cm

⇒ Clairance périphérique > 1mm

⇒ Exérèse d'au-moins 5 cm de mésorectum

\* Pollett, Ann. Surg. 1983;

\*\*Quirke, Lancet 1986;

\*\*\* Scott, BJS 1995

# TOTAL MESORECTAL EXCISION

- Travaux princeps de Heald en 1982
- Exérèse plus large que l'exérèse conventionnelle:
  - ⇒ exérèse lymphatique circonférentielle complète
  - ⇒ passe par le **plan avasculaire** péri-rectal, entre les fascias viscéral et pariétal pelviens
  - ⇒ respecte le fascia recti
  - ⇒ évite l'effet de cône
  - ⇒ dissection jusqu'au plan des muscles releveurs
- Respecte l'innervation génito-urinaire
- Diminue le taux de récurrences locales, majore la survie totale

# INDICATIONS

- Tumeur du moyen rectum T1 à T3 :\*
  - ⇒ proctectomie totale
    - + TME
    - + anastomose colo-anale
    - + iléostomie latérale de protection
- ↪ ✓ respecte les fondamentaux carcinologiques
- ✓ évite les séquelles urinaires et sexuelles
- ✓ diminue le risque de fistule anastomotique
- ✓ bons résultats fonctionnels si réservoir en J\*\*

\* Lazorthes, Ann. Chir. 1999 ; \*\* Dousset, J. Chir. 1999

# INDICATIONS

- Tumeur du moyen rectum T4, ( gros T3 ?) :\*
  - ⇒ proctectomie totale + TME + anastomose colo-anale
  - radiothérapie pré-opératoire peu discutée

Mais :

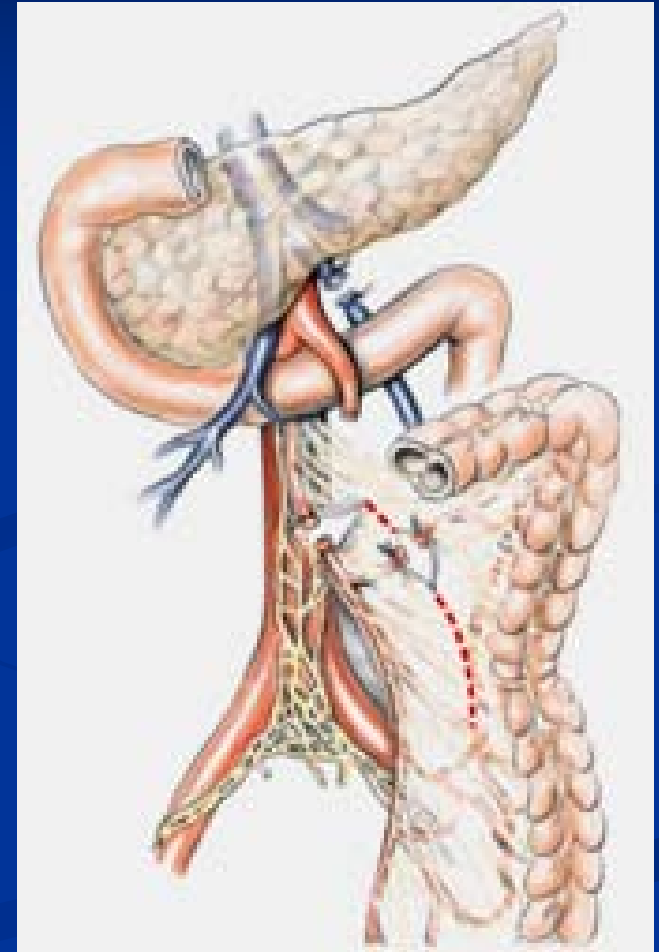
- ✓ prostatectomie ou colpectomie si nécessaire
- ✓ conservation de l'innervation souvent peu compatible avec une exérèse carcinologique\*\*
- ✓ AAP exceptionnellement

\* Lazorthes, *Ann. Chir.* 1999

\*\* Tiret, *EMC Tech. Chir.* 40-610, 1998

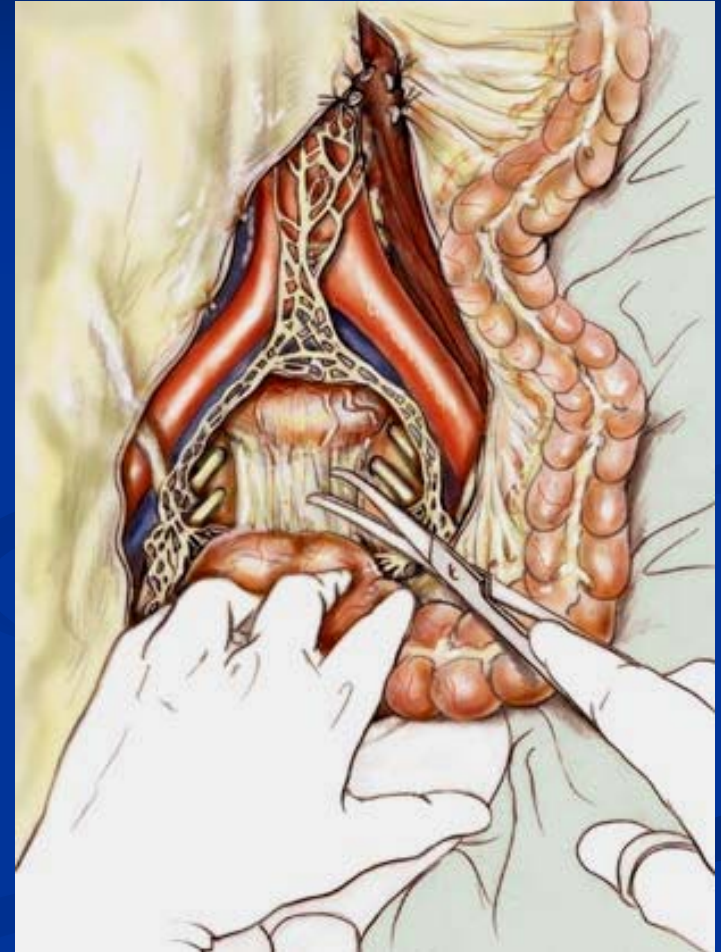
# TECHNIQUE D'EXERESE

1. Ligature de l'artère mésentérique inf. en amont de la colique sup. G
2. Ligature de la veine mésentérique inf
3. Mobilisation du colon gauche



# TECHNIQUE D'EXERESE

4. Dissection rétro-rectale :
- plan avasculaire
  - Respect du fascia recti
  - Plexus hypogastriques protégés par le fascia pelvien post.
  - Met à nu les releveurs par section du ligament rétro-sacré



# TECHNIQUE D'EXERESE

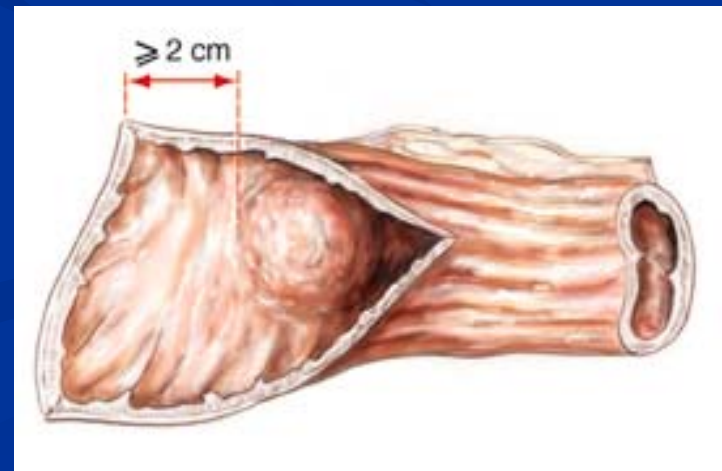
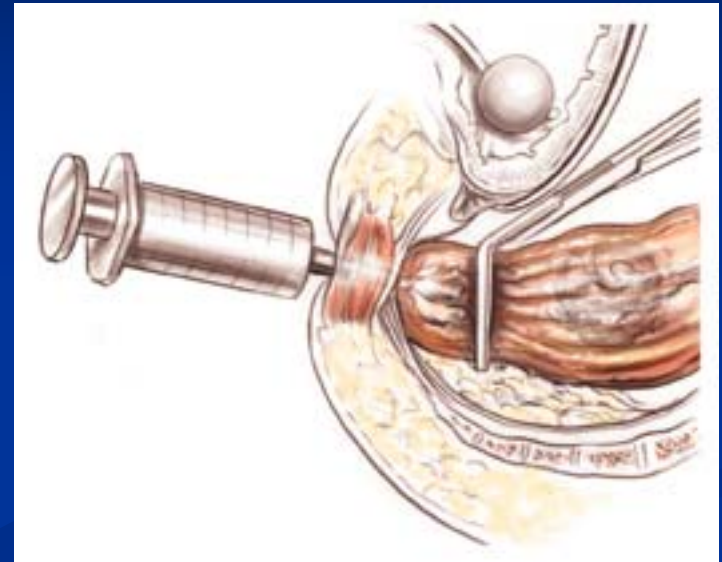
5. Dissection rectale ant.
  - incision péritonéale
  - dissection au contact des vésicules séminales en avant de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers
  - ou contre la paroi postérieure du vagin
  - Dissection latérale en dedans de l'aponévrose pelvienne



# TECHNIQUE D'EXERESE

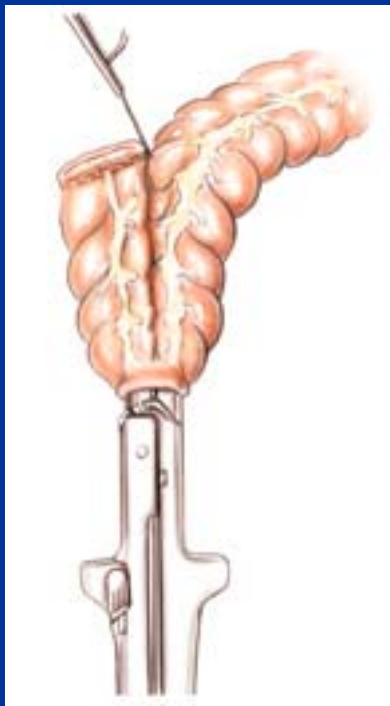
## 6. Section rectale :

- après exposition des releveurs
- à la pince mécanique
- Contrôle de la marge distale

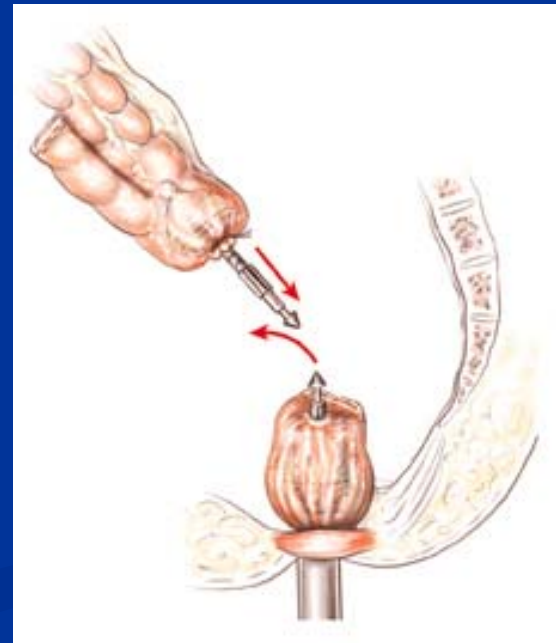


# TECHNIQUE D'EXERESE

7. Confection d'un réservoir en J



8. Anastomose colo(sus)anale:  
évite d'avoir un moignon  
rectal mal vascularisé



# CONCLUSION

- La diffusion du principe de TME a permis d'améliorer le pronostic du cancer du rectum
- Permet l'exérèse du champs de dissémination du cancer
- Impose une anastomose colo-anale
- Préserve en partie l'innervation génito-urinaire
- Nécessite une solide formation en chirurgie colo-rectale

# REFERENCES (1)

- Heald R.J., Husband E.M., Ryall D.H. The mesorectum in rectal cancer surgery: the clue to pelvic recurrence? Br J Surg 1982; 69:613-616.
- Quirke P., Durdey P., Dixon M.F. et al. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection: histopathological study of lateral tumor spread and surgical excision. Lancet 1986; ii:996-999.
- Scott N., Jackson P., Al-Jabreri T., Dixon M.F., Quirke P., Finan P.J. Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumour spread in the mesorectum distal to rectal cancer. Br J Surg 1995;82:1031-1033
- Heald R.J. Rectal cancer: The surgical options. Eur J Cancer, vol. 31A, Nos 7/8, pp. 1182-1192, 1995.
- De Calan L., Bourlier P. Le choix des thérapeutiques du cancer du rectum: discussion et mise à jour de la conférence de consensus. J. Chir. 1998;135:51-56.
- Tiret E. Exérèse totale du mésorectum et conservation de l'innervation autonome à destination génito-urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum. Encycl. Med Chir, Techniques chirurgicales- Appareil digestif, 40-610, 1998, 6p.

# REFERENCES (2)

- Lazorthes F., Liagre A., Ghouti L. Chirurgie du cancer du rectum: l'exérèse totale du mésorectum. Ann. Chir.1999;53:990-995.
- Dousset B., Benoist S. Quoi de neuf dans le traitement chirurgical du cancer du rectum? J. Chir.1999;136:35-40.
- Tiret E., Pocard M. Exérèse totale du mésorectum et conservation de l'innervation à destinée génito-urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum. Ann. Chir.1999;53:507-514.
- Penna C. Proctectomie et anastomose colo-anale, avec réservoir en J, pour cancer. J. Chir.1999;136:29.
- Rullier E. Construction d'un néorectum après exérèse rectale: les réservoirs coliques. Ann. Chir.2002;127:88-94.